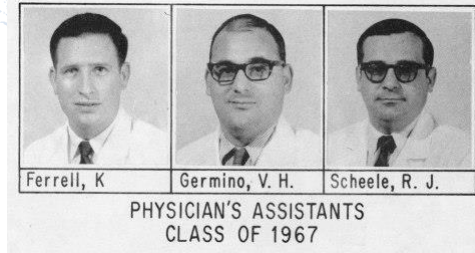


PROJET PILOTE AUX HUG



- ▶ Mickael Chevallay
- ▶ François Vermeulen
- ▶ 02.02.2023



▶ 1965

▶ 1968

▶ 1999

▶ CREATION

▶ DEBUTS

▶ RECONNAISSANCE

Dr Stead créer la première académie pour les PA

Les premiers étudiants sont d'anciens militaires à la fin de la guerre du Vietnam

Premiers diplômés de l'Université de Duke organise l'American Academy of Physician Assistants

VonSeggen devient le président du North Carolina Medical Board
Premier PA a obtenu une position similaire aux Etats-Unis

Aux Etats-Unis

- ▶ 170 programmes de formations
- ▶ 4ème Master selon Forbes le plus intéressant (stress, salaire, perspective)
- ▶ Plusieurs spécialisations disponibles (Urgences, Soins intensifs, Chirurgie Générale, Dermatologie, Radiologie, etc...)

Forbes

LENGTH OF STAY

Table 3. Decrease in patient length of stay after the addition of PEs

Year of publication	Study	Decrease in LOS, d	p value
1990	Spisso et al. ⁷	1.05	NR
1998	Miller et al. ⁸	0.70 (2.5 ICU)	NR
2005	Meyer and Miers ¹⁰	1.91	0.039
2006	Broers et al. ¹¹	2.0	< 0.001
2011	Gillard et al. ¹²	0.25 (0.80 ICU)	0.092 (0.019 ICU)
2014	Collins et al. ¹⁴	0.55	0.024

ICU = intensive care unit; LOS = length of stay; NR = not reported; PE = physician extender.

En Suisse

- ▶ Début de la profession en 2014 à Winterthur

- ▶ Développement d'un CAS avec la haute école de Santé de Zurich



ETAPES DE DEVELOPPEMENT

08/02/2023

Pourquoi un nouveau role en chirurgie viscérale?

En 2019, un interne en chirurgie viscérale avait la charge de **26 patients** par jour

Avec en plus...

Participation aux opérations



Charges administratives



Travaux académiques



Mandants du projet		
Christian TOSO	Médecin chef de service	D-CHIR, Chirurgie viscérale
Virginie BRIET ¹	Responsable des soins	D-CHIR
A déterminer ²	Responsable des soins	D-CHIR
Comité de pilotage (COPIL)		
Christian TOSO	Médecin chef de service	D-CHIR, Chirurgie viscérale
Virginie BRIET	Responsable des soins	D-CHIR
Katherine BLONDON	Médecin adjoint agrégé	HUG, Direction médicale et qualité
Nicolas BUCHS ³	Médecin adjoint agrégé	D-CHIR, Chirurgie viscérale
Mickaël CHEVALLAY ⁴	Chef de clinique	D-CHIR, Chirurgie viscérale
Sandrine HERTZSCHUCH TIGER	Adjointe de direction	HUG, Direction médicale et qualité
Marie-José ROULIN	Adjointe de direction	HUG, Direction des soins
Chef de projet		
François VERMEULEN	Chef de projet	D-CHIR
Equipe de projet		
Mickael CHEVALLAY ³	Chef de clinique	D-CHIR, Chirurgie viscérale
Jérémy DASH ⁶	Médecin interne	D-CHIR, Chirurgie viscérale
Jean DE CHASSEY	Adjoint de la responsable des soins	D-CHIR
Céline DUCASSE	Infirmière resp. d'équipe de soins	D-CHIR, Unité JUL 71
Laure VANDERMERSCH ⁵	Infirmière	D-CHIR, Unité JUL 72

2020				2021				2022				2023			
T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4

INITIALISATION

- Bases du projet
- Financement
- Dossier Fondation privée des HUG
- Mandat de projet

CONCEPTION

- Fixer le statut administratif
- Définir le cahier des charges
- Définir les modalités d'organisation du travail
- Identifier/rédiger les procédures
- Organiser la formation
- Définir le plan de communication

REALISATION

- Communication
- Recrutement
- Formation
- Intégration
- Evaluation

DEPLOIEMENT

- Fonctionnement
- Encadrement – Supervision
- Communication
- Amélioration continu

CLOTURE

- Bilan de fin de projet
- Clôture du projet

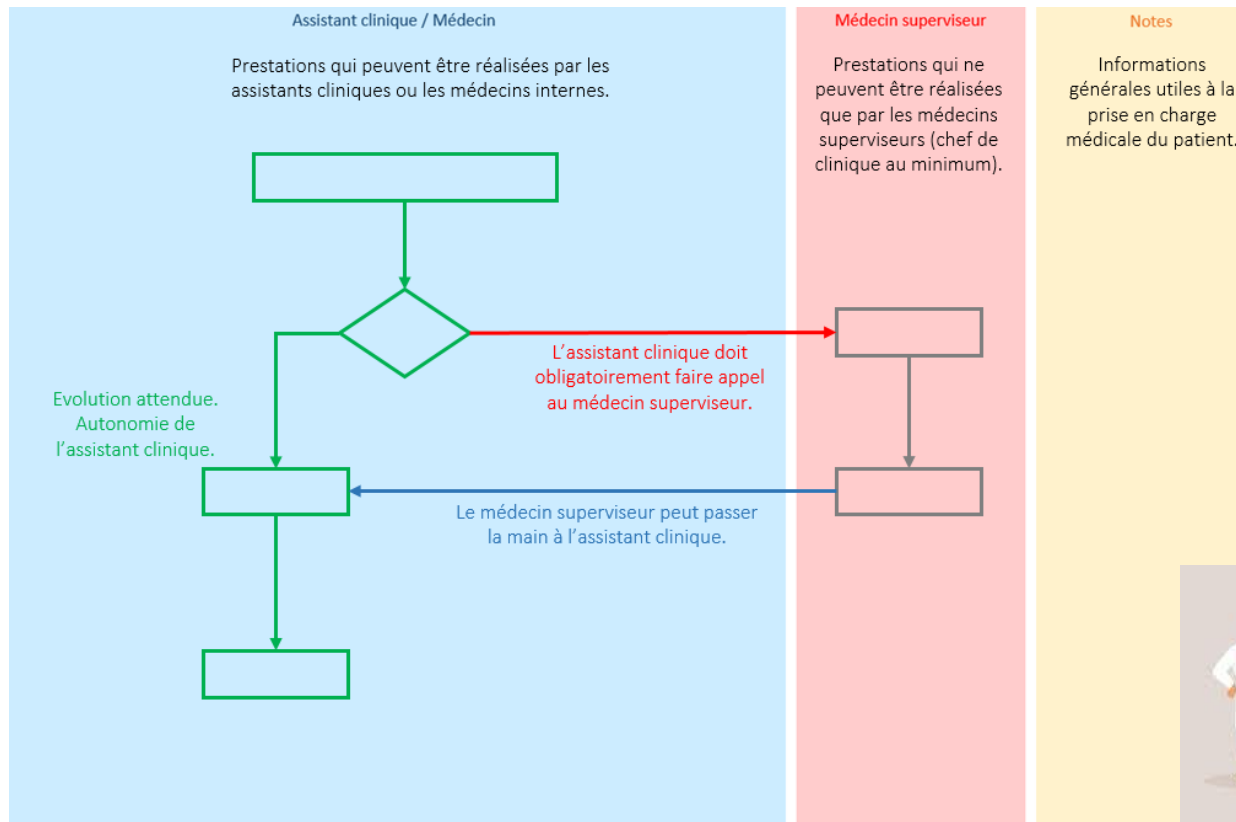


LOI GENEVOISE

- Assistants cliniques = infirmier(e)s soumis aux mêmes contraintes légales que leurs pair.e.s mais avec un rôle différent.
- Leurs prestations entre dans la notion d'actes délégués. Référence à un médecin superviseur.
- Contribuer à la mise à jour du dossier médical, recueillir les informations lors de la visite du patient et lettre de sortie => Pas obligatoirement fait par un médecin



CRÉATION ET FONCTIONNEMENT DES ALGORITHMES

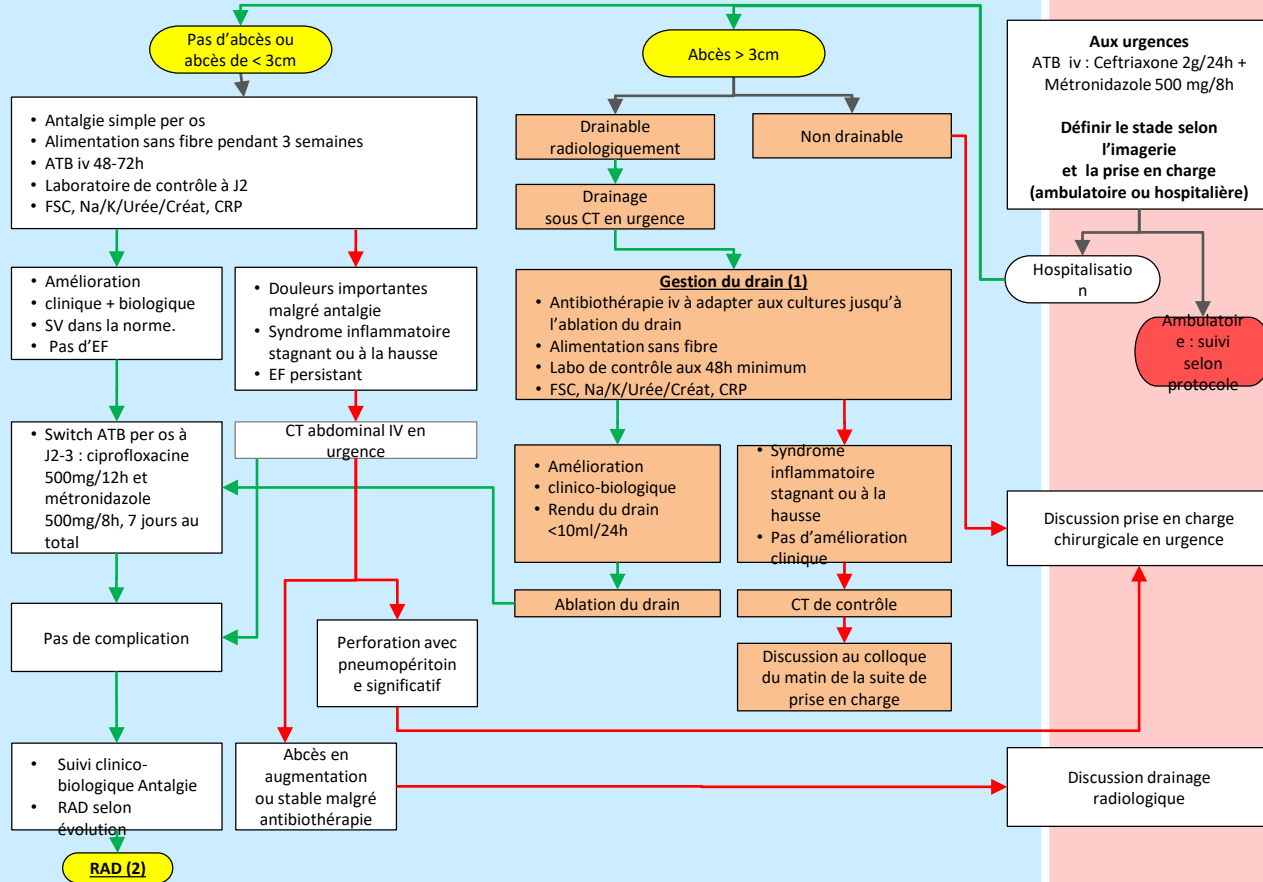


Assistant.e clinique / Médecin junior

Médecin superviseur

Notes

Prise en charge d'une diverticulite Hinchey Ia/Ib/II en unité d'hospitalisation



Classification Hinchey

- Ia : Infiltration locale.
- Ib : Abcès péricolique.
- II : Abcès pelvien, abdominal ou téropéritonéal.
- III : Péritonite purulente.
- IV : Péricolite stercorale.

(1) Gestion du drain

Pister bactériologie avec adaptation de l'antibiothérapie

Quantifier rendu + aspect tous les jours
Rinçage 3x/j avec 20ml de NaCl 0.9% avec aspiration
Ablation du drain si bonne évolution clinico-biologique et rendu < 10ml/24h non purulent

(2) Consignes RAD

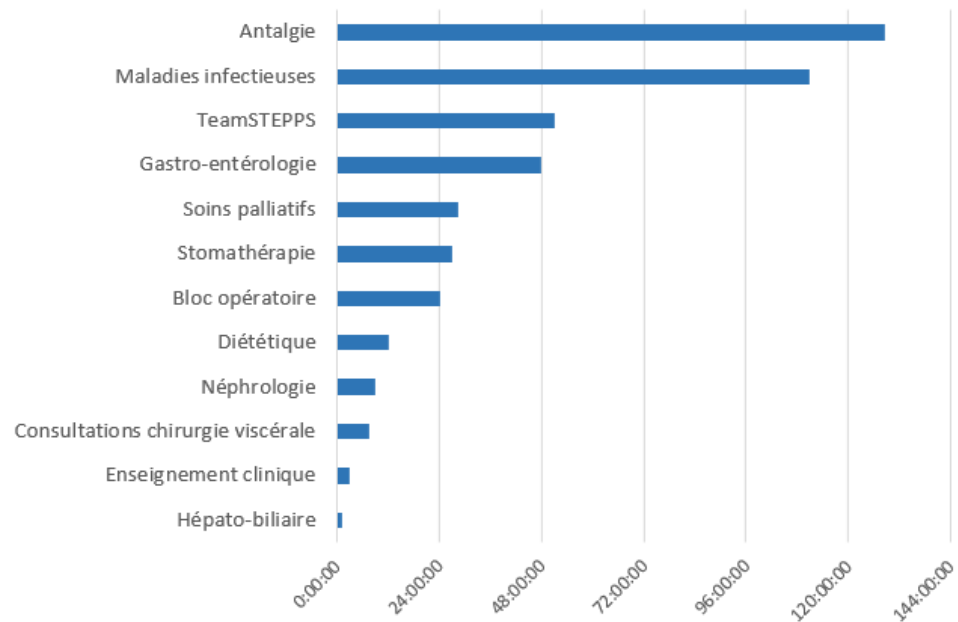
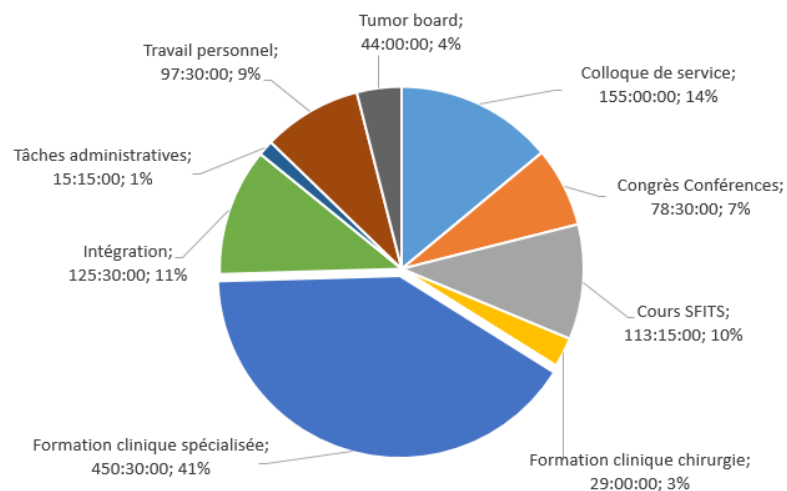
- Alimentation sans fibre 3 semaines
- Antibiothérapie per os : ciprofloxacine 500mg/12h et métronidazole 500mg/8h pour un total de 7 jours
- Consulter en urgence si douleur en augmentation ou EF
- Coloscopie à 6 semaines à prévoir (si pas de coloscopie récente normale (<3 ans)) avec point de chute (CDC viscérale ou médecin traitant pour pister les résultats)
- Patients avec diverticulite avec abcès de >3cm doivent être revu en consultation chez CDC

Guide pour l'Examen clinique d'une cure d'événtration

	Norme	Evaluer / Documenter	Contrôler	Appeler
Signes vitaux	<input type="checkbox"/> Signes vitaux dans la norme	<input type="checkbox"/> Bradycardie / Tachycardie ? <input type="checkbox"/> Saignement ? <input type="checkbox"/> Arythmie ? <input type="checkbox"/> Hypotension <input type="checkbox"/> Hypertension <input type="checkbox"/> Désaturation Hb	<input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> Saignement ? <input type="checkbox"/> Déshydratation ? <input type="checkbox"/> Périurale <input type="checkbox"/> Reprise traitement habituel ? <input type="checkbox"/> Symptomatique ? <input type="checkbox"/> Radiographie thorax < 24 heures ?	<input type="checkbox"/> Pour tous signes vitaux anormaux (hormis hypertension non symptomatique)
Douleur	<input type="checkbox"/> EVA < 3	<input type="checkbox"/> EVA <input type="checkbox"/> Localisation <input type="checkbox"/> Caractère <input type="checkbox"/> Constante / pics douloureux <input type="checkbox"/> Abord chirurgical (Cure selon Rives > Laparoscopie)	<input type="checkbox"/> Antalgie de premier pallier prescrite ? <input type="checkbox"/> Troubles de l'absorption (PO ou IV) <input type="checkbox"/> Traitement en réserve prescrit ?	<input type="checkbox"/> Si pas d'amélioration après réserve antalgique et/ou douleurs testiculaires
Réalimentation	<input type="checkbox"/> En fonction des indications opératoires avec bonne tolérance	<input type="checkbox"/> Nausées / Vomissements	<input type="checkbox"/> Indications sur le CRO et à contrôler avec l'opérateur <input type="checkbox"/> Si nutrition entérale ou parentérale, évaluation par diététicien obligatoire	<input type="checkbox"/> Si plus d'un épisode de vomissement
Transit	<input type="checkbox"/> Gaz dès J2 <input type="checkbox"/> Selles dès J3	<input type="checkbox"/> Dernières selles <input type="checkbox"/> Passage des gaz <input type="checkbox"/> Nausées / Vomissements <input type="checkbox"/> Si SNG : débit /24 heures	<input type="checkbox"/> Anti-nauséux en réserve <input type="checkbox"/> Laxatifs si traitement opiacé en cours ou traitement habituel <input type="checkbox"/> Elargissement de l'alimentation si transit	<input type="checkbox"/> Si plus d'un épisode de vomissement <input type="checkbox"/> Absence de gaz à J2 <input type="checkbox"/> Absence de transit des selles à J3
Infection	<input type="checkbox"/> Afébrile <div style="border: 2px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-top: 5px;"> Plaie Poumon Pipi Perfusion 4P </div>	<input type="checkbox"/> Température <input type="checkbox"/> Prélèvement bactériologique : hémocultures ? Liquide intra-abdominal ? <input type="checkbox"/> Antibiotiques : Quel antibiotique ? Quelle durée ?	<input type="checkbox"/> Antibiogramme : sensibilité des germes aux antibiotiques ? <input type="checkbox"/> RX thorax si désaturation ou toux <input type="checkbox"/> Sédiment urinaire et culture urinaire si symptômes urinaires <input type="checkbox"/> Contrôler plaie si pansement > 24 heures	<input type="checkbox"/> Persistance de la fièvre > 4 heures <input type="checkbox"/> Association avec douleurs abdominales <input type="checkbox"/> Association avec baisse de la tension
Equipements	<input type="checkbox"/> Equipements indiqué, sans signe de complication	<input type="checkbox"/> Sonde urinaire, débit par 24 heures <input type="checkbox"/> VVP/VVC, signes inflammatoires <input type="checkbox"/> Drains: position, débit par 24 heures, qualité du drain	<input type="checkbox"/> Indication de chaque équipement <input type="checkbox"/> Sonde urinaire : incontinence ? <input type="checkbox"/> Périurale ? Mobilisation difficile ? <input type="checkbox"/> Globe urinaire ? <input type="checkbox"/> Drains: ablation à partir de quel débit? <input type="checkbox"/> Antibiotiques prophylactiques avec drains?	<input type="checkbox"/> Validation avec opérateur avant ablation sonde vésicale si mise en place pour globe urinaire
Plaie opératoire	<input type="checkbox"/> Plaie propre <input type="checkbox"/> Pas d'hématome	<input type="checkbox"/> Dernier changement de pansement <input type="checkbox"/> Aspect de la plaie : déhiscence, rougeur (à délimiter)	<input type="checkbox"/> Changement de pansement toutes les 48 heures <input type="checkbox"/> Appeler opérateur pour 1 ^{er} changement de pansement	<input type="checkbox"/> Ecoulement important (Changement plusieurs fois par jour du pansement) <input type="checkbox"/> Rougeur en augmentation sur la journée
Mobilisation	<input type="checkbox"/> Mobilisation dès J-1 <input type="checkbox"/> Ceinture abdominale <input type="checkbox"/> Physiothérapie respiratoire d'office	<input type="checkbox"/> Mobilisation : fauteuil, marche, escaliers	<input type="checkbox"/> Mobilisation seul (si non, physiothérapie de mobilisation)	<input type="checkbox"/> Pas de mobilisation possible à J1

Guide pour l'Examen clinique	4-5	Prise en charge initiale hémorragie digestive haute	21
ADD Prise en charge d'un abcès anal		Prise en charge d'une hémorragie digestive Basse en unité d'hospitalisation	22
Prise en charge postopératoire d'une appendicectomie	7	Prise en charge d'une hémorragie digestive haute en unité d'hospitalisation	
Prise en charge d'une migration lithiasique/cholédocolithiase en unité d'hospit.	8	CHIP et PICAC	
Prise en charge d'une cholangite en unité d'hospitalisation	9		
Prise en charge postopératoire d'une cholécystectomie scopie simple	10	Prise en charge d'un iléus mécanique/paralytique en unité d'hospitalisation	25
Prise en charge postopératoire d'une cholécystectomie compliquée	11	Prise en charge d'une pancréatite aiguë en unité d'hospitalisation	26
Prise en charge d'une colite en unité d'hospitalisation	12	Bilan étiologique d'une pancréatite aiguë	27
Prise en charge d'une diverticulite Hinchey Ia/Ib/II en unité d'hospitalisation	13	SPECIALITES	28
Prise en charge d'une éventration / hernie incisionnelle	14		
		Prise en charge postopératoire d'un By Pass	
Prise en charge d'une hernie inguinale		Résection Antérieure Basse RAB	
		Itinéraire clinique RAC chirurgie colique en électif	
		Itinéraire clinique RAC chirurgie rectale en électif	
		DIVERS	

FORMATIONS EFFECTUÉES



ETAT DES LIEUX ACTUEL

08/02/2023

L'ÉQUIPE



Florencia Etchepareborda

▶ Infirmière en chirurgie viscérale

Virginie Bureau

▶ Infirmière spécialisée d'urgence

Laure Vandermersch

▶ Infirmière en chirurgie viscérale 17

Activité dans le service de chirurgie viscérale

- ▶ Début en Septembre 2021
- ▶ Tournus tous les 3 mois dans chaque unité
- ▶ Prise en charge de 8 à 10 patients
- ▶ Horaire de travail
 - ▶ De 7h30 à 16h30

Tâches de l'assistante clinique en chirurgie viscérale

Prendre l'anamnèse

Effectuer l'examen clinique

Réaliser la visite quotidienne du patient

Prescrire des médicaments, thérapies ou examens complémentaires

Mettre en œuvre un plan de traitement

Tenir à jour le dossier médical du patient et préparer les documents de sortie (prescription, lettre de sortie)

Prodiguer aux patients des conseils en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies.

▶ Forum gastro-chirurgical

▶ Médecine interne

▶ Appel pour consilium endocrinologie, néphrologie, médecine interne

▶ Infectiologie

▶ Appel pour consilium, modification des antibiotiques et plan de traitement

COLLABORATION AVEC LES AUTRES SERVICES

▶ Gastro-entérologie

▶ Prescription examen de gastro-entérologie

▶ Radiologie

▶ Demande d'examens et contrôle des résultats

▶ Tumor board

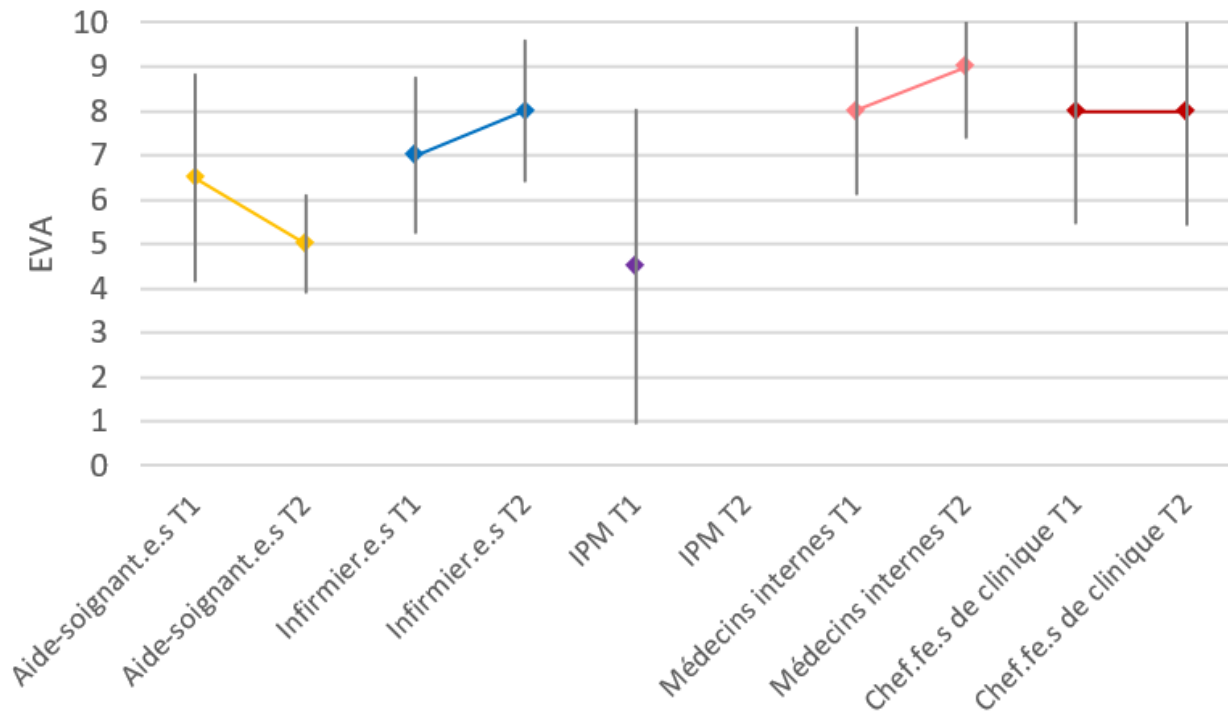
▶ Présentation des cas oncologiques et transcription dans la lettre de sortie

ENQUÊTES RÉALISÉES AUPRÈS DE COLLABORATEUR·TRICE·S DU SERVICE

	oct.21	mars.22	oct.22
Aide-soignant.e.s	6 (22%)	18 (25%)	10 (17%)
Infirmier.e.s	11 (41%)	28 (39%)	24 (41%)
Assistants cliniques	-	3 (4%)	3 (5%)
IPM	2 (7%)	2 (3%)	0 (0%)
Médecin interne	6 (22%)	12 (17%)	12 (21%)
Chef.fe de clinique	2 (7%)	8 (11%)	9 (16%)
Total	27	71	58

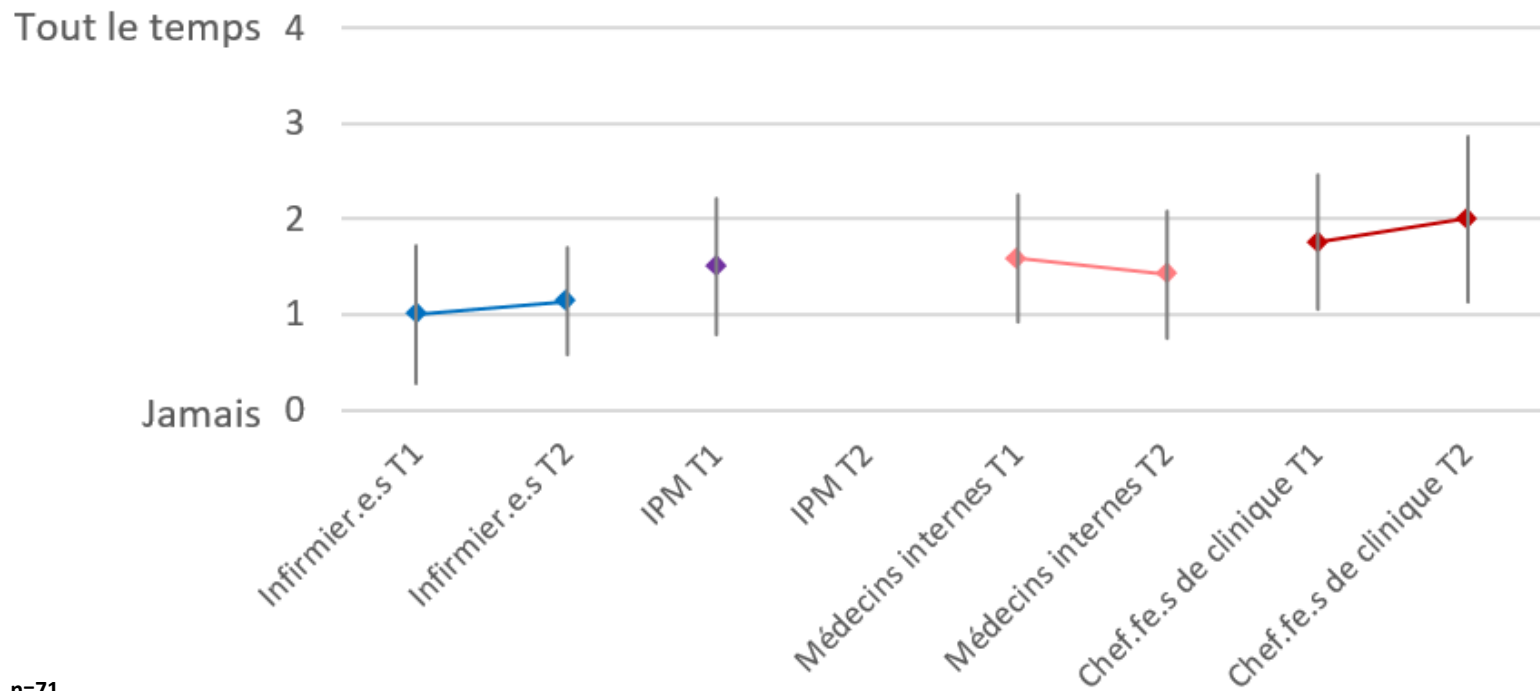
Tableau 1 : Nombre (% des répondants) aux enquêtes réalisées en septembre 2021, mars 2022 et octobre 2022.

COMMENT ÉVALUEZ-VOUS LA COLLABORATION AVEC LES ASSISTANTES CLINIQUES ?



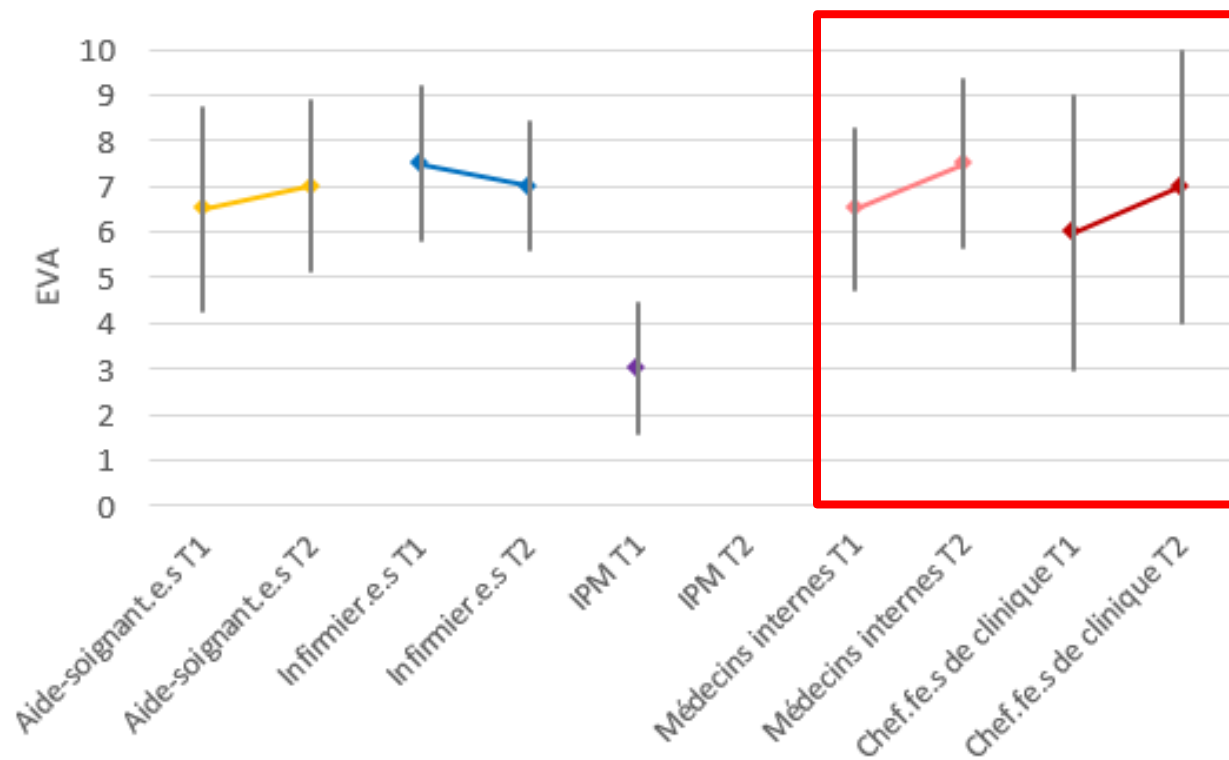
T1 Mars 2022, n=71
T2 Octobre 2022, n=58

DÉTECTEZ-VOUS DES ERREURS DANS LES TÂCHES RÉALISÉES PAR LES ASSISTANTES CLINIQUES ?

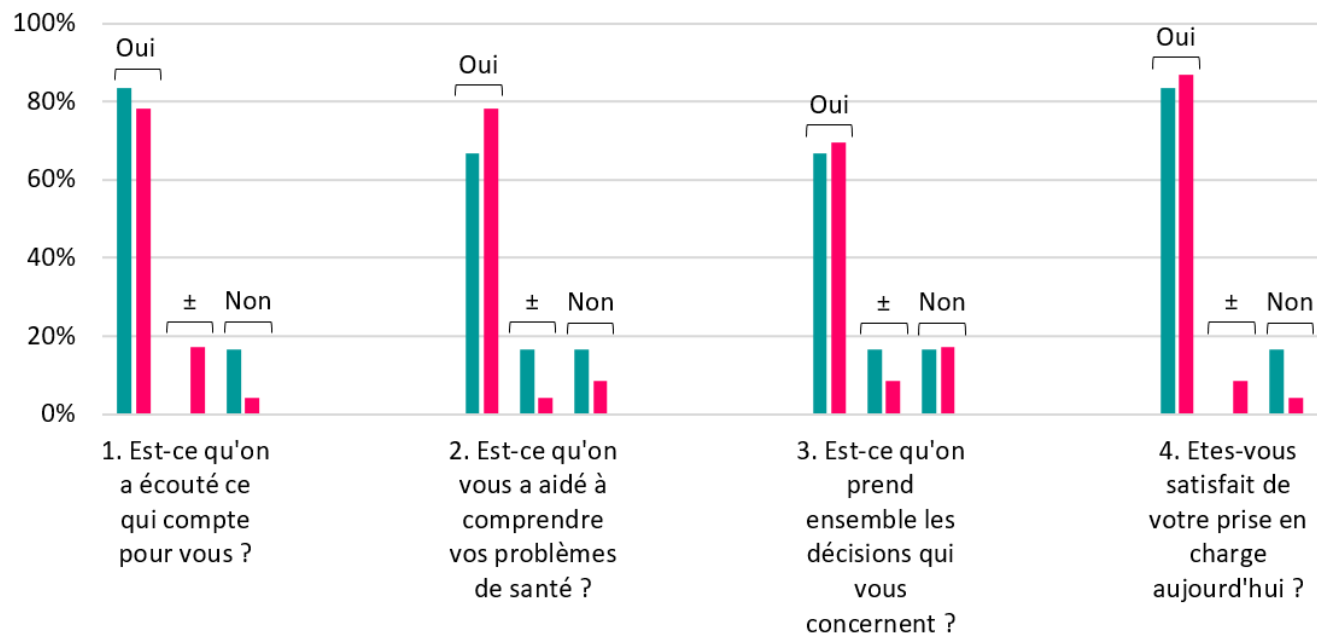


T1 Mars 2022, n=71
T2 Octobre 2022, n=58

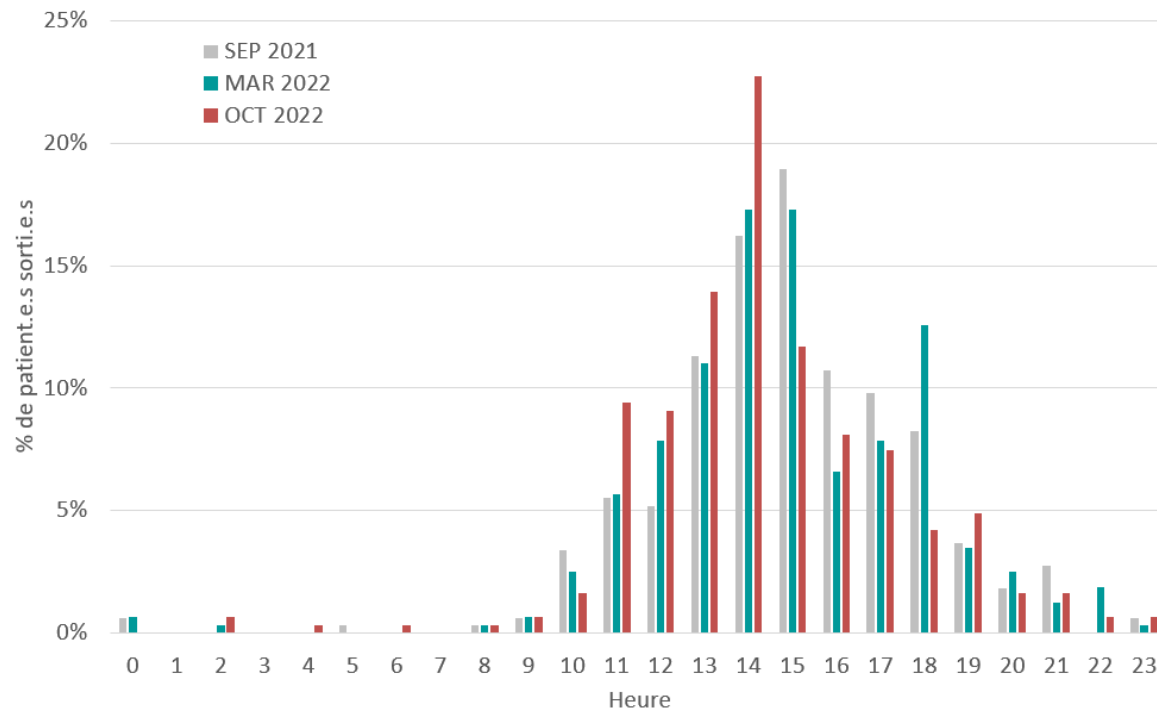
A QUEL POINT FAITES-VOUS CONFIANCE AUX ASSISTANTES CLINIQUES CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE DES PATIENT.E.S ?



ENQUÊTE RÉALISÉE AUPRÈS DES PATIENT.E.S



RÉPARTITION DES HORAIRES DE SORTIE DES PATIENTS.E.S



PERSPECTIVES

08/02/2023

QUEL AVENIR POUR LA PROFESSION?

Besoin

- Contrainte horaire pour les médecins internes
- Clause du besoin dans le canton de Genève
- Améliorer les conditions de formation

Abc Clause du besoin à Genève

Le retour du «couperet» inquiète les médecins en formation

La loi révisée sur l'assurance maladie autorise les cantons à réguler le nombre de médecins exerçant en privé. Genève compte introduire cette limitation le 1^{er} octobre 2022.

QUEL AVENIR POUR LA PROFESSION?

Institutionnel

- Budget alloué pour 2 années
- Intérêt des autres services à promouvoir

QUEL AVENIR POUR LA PROFESSION?

Formation

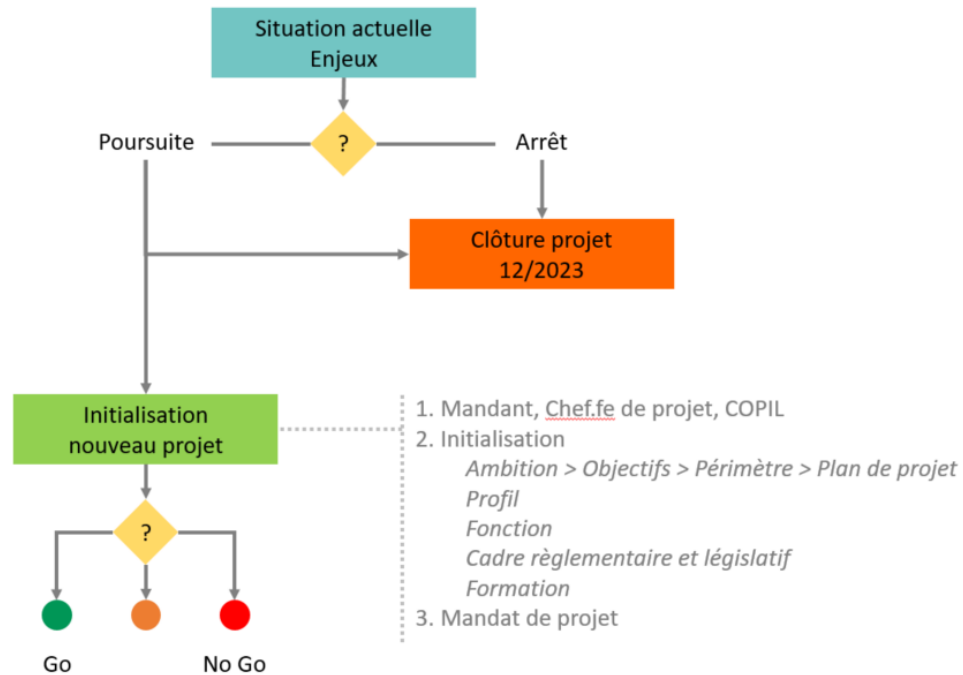
- Dépendant de quel organe de formation? Université de Genève, HES
- Réglementation légale par loi cantonale?



**UNIVERSITÉ
DE GENÈVE**

Hes·SO

ARBRE DÉCISIONNEL POUR LA SUITE DU PROJET



PROJET PILOTE AUX HUG

Quels ingrédients?

- Investissement important en temps
- Bonne collaboration au sein du service mais aussi avec les autres départements
- Des candidats courageux et volontaires

Pour quel résultat?



▶ **A plus d'un an du projet**

⇒ Font partie intégrante de l'équipe de chirurgie viscérale

⇒ Aucune négligence rapportée

⇒ Absence difficile à remplacer à l'heure actuelle

Merci pour votre attention

